ITEM 16 : ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS

ORGANISATION DES SOINS EN FRANCE

Définitions

Système de santé

= Toute activité dont le but essentiel est de **promouvoir** ou **d'entretenir la santé** : ensemble des **services de santé officiels** et **non officiels** (médecines parallèles), **système de distribution des médicaments, programmes de promotion et de prévention**
- Comprend des moyens **organisationnels** (Ministère santé, administrations) et **humains** (personnels médicaux, paramédicaux et administratifs)
- Objectifs : préserver et améliorer la santé, fournir des services répondant aux attentes (accès aux soins 24h/24, accès aux spécialistes, etc.) et assurer l'équité dans l'accès aux soins
- Fonctions :
. **Soins individuels** : diagnostic, traitement, réadaptation…
. **Soins collectifs** : prévention, éducation, promotion de la santé
- Moyens :
. **Ressources du système de santé** : personnel médical, installations, médicaments…
. **Financement**
. **Administration de la santé** : organisation du financement, établissement des priorités…

Système de soins

= Ensemble des services de santé qui ont pour fonction principale la **prestation d'interventions préventives, curatives et palliatives**, en réponse aux besoins spécifiques de la population

Hiérarchisation des soins

Soins primaires Soins premiers

= **Soins de santé essentiels de 1er recours : point de contact** de la population avec le système de santé
. Principalement **ambulatoires** (cabinet privé, dispensaire, centre de santé, maison de santé ou à domicile), avec les **médecins généralistes** en 1ère ligne
. Soins de santé universellement accessibles à tous, avec des moyens acceptables et un coût abordable
. Continuité, permanence des soins
- Loi de modernisation du système de santé (2016) : affirmation du **virage ambulatoire**, les **soins primaires** deviennent **soins premiers**. Nouvelle organisation pour répondre aux grands défis de notre système de santé (rapport du HCSP) :
. Risque sanitaires liés à l'augmentation de l'exposition aux polluants et aux toxiques
. Risque d'exposition de la population aux risques infectieux
. Maladies chroniques et conséquences
. Adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux

Soins secondaires

= **Soins de santé spécialisés**, généralement hospitaliers (structures adaptées, technologies lourdes) : **services d'urgence** (même si souvent en 1ère ligne) et **services spécialisés**

Soins tertiaires

= **Soins de santé avancés**, **complexes** : nécessitent des infrastructures spécialisées
- *Chirurgie complexe, centre de référence…*

Soins quaternaires

= **Interventions et traitements expérimentaux**
- Disponibles dans des établissements très spécialisés et peu nombreux

Administration

= Incombe principalement à l'Etat : garant de l'intérêt public et de la protection de la santé de la population
- Définit les **politiques de santé publique**
- **Formation des professionnels de santé** et **définition des conditions d'exercice**
- Assure et veille au **respect des normes de qualité et de sécurité des établissements de soins**, **des produits de santé** et **des pratiques professionnelles**
- Veille à **l'adéquation des structures de soins et de prévention** et **régule l'offre de soins**
- **Tutelle de la sécurité sociale** : intervient sur les modalités de financement, sur les règles de couverture de la population et de prise en charge financière des soins

Au niveau national	**CNAM**	**= Caisse Nationale d'Assurance Maladie** - Gère les branches maladie (maladie, maternité, invalidité, décès) et AT/MP du régime général de la SS - Couvre les salariés de l'industrie, du commerce et des services + leurs familles et les inactifs Objectifs (nouvelle convention avec l'Etat) : - **Amélioration de l'accès aux soins :** faire reculer les dépassements d'honoraires en secteur 2, reste à charge 0 (dentaires, lunettes, audioprothèses), développement des maisons de santé pluridisciplinaires - Développement des **actions de prévention** et lutte contre la fraude - Amélioration du service rendu aux assurés - Développement du numérique : DMP, télémédecine, e-prescription, e-carte Vitale - Intégration d'autres régimes
	Parlement	- Vote les **lois relatives au système de santé** - Vote annuel de la **Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS)** : fixe l'**Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)**
	Ministre des solidarités et de la santé	= Elabore et met en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines de la santé, de la solidarité, de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de santé Missions du Ministre : - Prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement relative à la famille, à l'enfance, aux personnes âgées, à la dépendance - Compétent en matière de professions sociales, médicales/paramédicales et fonction publique hospitalière - Responsable de l'organisation de la prévention et des soins - Participe aux travaux en matière de recherche et de promotion de l'innovation en santé - Chargé de la préparation et du suivi de la mise en œuvre de la LFSS - Participe au développement de l'économie sociale et solidaire - Elabore et met en œuvre les politiques de lutte contre la pauvreté (minimas sociaux, insertion économique) Structures sur lesquelles le Ministre a autorité : - **Direction générale de la santé (DGS)** : établit les politiques de santé publique - **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** : organisation de l'offre de soins - Direction de la Sécurité sociale : lien entre l'Etat et les organismes de Sécurité sociale - Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) - Direction générale de la prévention des risques (DGPR) : radioprotection - **Inspection générale des affaires sociales** (IGAS) Structures pouvant aider le Ministre dans sa politique : - Mission ministérielle de lutte contre les drogues et conduites addictives (MILDECA) - Différentes administrations : collectivités locales, INSEE, DGFIP, etc. - Direction du budget (retraites) - Relais de l'action du Ministre : ARS, caisses de sécurité sociale, agences sanitaires, etc.
	1er ministre	Comité interministériel pour la santé présidé par le premier ministre : parcours éducatif de santé, lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) dans la lutte contre les addictions…

Au niveau national	*Agences sanitaires*	= Agences spécialisées, capable de donner de avis scientifiques aux décideurs politiques, dans les domaines de la sécurité et de la veille sanitaires, de la prévention, de la transfusion sanguine et de la greffe d'organes - **Comité d'animation du système d'agences (CASA)** : réunion régulière des directeurs généraux des agences sanitaires et de l'HCSP, l'Inserm et l'ARS	
		Agence de biomédecine	- Transplantation d'organes, tissus et cellules ; Procréation, embryologie et génétique humaines - Assure les règles de sécurité sanitaire, éthique et équité
		ANSM	= **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé** : évaluation des bénéfices et risques des **produits de santé** (médicaments, matières premières, DM, produits biologiques d'origine humaine, produits thérapeutiques annexes, produits cosmétiques et de tatouage)
		ANSES	= **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail** - Sécurité sanitaire dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'alimentation - Protection du bien-être des animaux, santé des végétaux, propriétés nutritionnelles des aliments, médicaments vétérinaires

Niveau national		**EFS**	= **Etablissement français du sang** : collecte, préparation, qualification et distribution des PSL - Garant de la sécurité de la chaîne transfusionnelle, du donneur au receveur - Assure l'autosuffisance de la France en produits sanguins (sang, plasma, plaquettes)
	Agences sanitaires	**HAS**	= **Haute autorité de santé** : expertise scientifique, **consultatif** et **indépendant** - Evalue l'utilité médicale des actes, prestations et produits de santé - Certification des établissements de santé - Promotion des bonnes pratiques et bon usage des soins
		INCa	= **Institut national du cancer** : prévention, dépistage, soins et recherche
		Santé Publique France	Agence scientifique et d'expertise du champ sanitaire : . Observation épidémiologique et surveillance de l'état de santé des populations . Veille sur les risques sanitaires . Promotion de la santé et réduction des risques pour la santé . Développement de la prévention et de l'éducation pour la santé . Préparation et réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires . Lancement de l'alerte sanitaire.
	Organismes consultatifs		- **Haut Conseil de la Santé Publique** (HCSP) : élaboration et suivi de la stratégie nationale de santé, expertise en gestion des risques sanitaires, réflexion sur les questions de santé publique - **Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé** (CCNE) : donne des avis sur les questions éthiques et de société soulevées par les progrès en santé - **Institut national de la santé et de la recherche médicale** (Inserm) : amélioration de la santé pour tous par l'amélioration des connaissances sur le vivant et les maladies - **Ecole des hautes études en santé publique** (EHESP) : formation des cadres hospitaliers et médecins inspecteur de santé publique, enseignement supérieur et recherche en santé publique - **Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie** (HCAAM) : évaluation du système d'Assurance maladie et suivi de sa situation financière, formulation de recommandations pour la pérennité du système
Niveau local	**Agence Régionale de Santé**		= Pilotage d'ensemble du système de santé au niveau régional : établies par la **loi HSPT** de 2009 - Missions : **sécurité sanitaire, gestion crises sanitaires, prévention**, **organisation de l'offre de soins** (ambulatoire, médico-social et hospitalier) - **Régulation** de l'offre de soins avec une dimension **territoriale** (meilleure répartition de l'offre ; autorisation/création des structures, formation des professionnels) et **économique** (maîtrise des dépenses de santé, équilibre recettes/dépenses) - Au nombre de 17 depuis Janvier 2016. Coordonnés par le Conseil national de pilotage des ARS
	Délégations territoriales départementales		= **Délégations départementales de l'ARS** : interface entre les niveaux de proximité et régional, avec un important rôle d'animation territoriale - Pôle « **offre de santé territorialisée** » : offres de soins ambulatoires et hospitalières - Pôle « **prévention et gestion des risques** » : veille sanitaire, gestion des alertes sanitaires, protection et promotion de la santé
	Conseils départementaux		- Les conseils départementaux (généraux) réunissent les conseillers départementaux élus pour six ans - Conservent quelques actions de prévention/dépistage : **protection maternelle et infantile (PMI)**, aide sociale à l'enfance, aide aux personnes handicapées, versement de l'APA <u>Missions des PMI :</u> - Contraception, conseil familial, dépistage des IST - Suivi de grossesse, préparation naissance, suivi post-natal - Conseils aux parents, information sur droits sociaux et démarches - Suivi des enfants (jusqu'à 6 ans) : vaccins, prévention maltraitance, bilans de santé des 3-4 ans - Agrément et suivi des assistantes maternelles, crèches et haltes-garderies
	Communes		- Impliquées dans l'action sanitaire et sociale ; Services communaux d'hygiène et de santé (lutte contre habitat insalubre, eau potable et de loisirs, qualité environnement extérieur) ; Création de centres de santé et aide médicale

OFFRE DE SOINS EN FRANCE

= Etablissements de santé, professionnels de santé et industrie biomédicale

Etablissements de santé

- Historiquement : développement du système de soins entre 1958 et 1984 avec un accent porté sur la médecine curative et la construction d'hôpitaux
- Plus de 3000 structures en France
- Tendance à : réduction des **lits** d'hospitalisation en soins aigus, développement de la chirurgie ambulatoire et des hôpitaux de jour (augmentation du nb de « **places** »), développement de l'hébergement médico-social

Types activité	- Etablissements aigus : soins de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) - Etablissements SSR : rééducation, convalescence - Etablissements USLD : hébergement et soins de patients nécessitant une surveillance constante - Etablissements spécialisés : santé mentale, cancer
Statuts	- Etablissements de santé **publics**, établissements de santé **privés d'intérêt collectif** (ESPIC), établissements **privés à but lucratif** (cliniques privées commerciales)

Professionnels de santé

D'après le Code de Santé publique :
- **Professions médicales :** médecins, sages-femmes, odontologistes
- **Professions de la pharmacie :** pharmaciens, préparateurs en pharmacie
- **Professions d'auxiliaires médicaux** : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens-lunettiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens
- Il existe d'autres professionnels exerçant dans le secteur de la santé : aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, etc.
- Certaines professions avec un **exercice codifié** (décret d'actes) ; certaines avec un **Ordre professionnel** (*cf. Item 2*)

Médecins	- 222 000 médecins en activité ; forte hausse dans les années 1980, croissance ralentie depuis 2005 - **Densité stable :** 337 médecins pour 100 000 habitants (dans la moyenne de l'OCDE) - **50% sont généralistes** (densité de MG parmi les plus élevées dans les pays de l'OCDE) - Plus de la moitié (59%) ont une **activité libérale** (>2/3 pour les MG) ; Pour les MG d'âge intermédiaire (40-55 ans) : baisse de l'exercice libéral et **augmentation du salariat** - **Rajeunissement** et **féminisation** de la profession : la moyenne d'âge des médecins actifs a rajeuni (49 ans). Les femmes représentent 62 % de femmes parmi les médecins de moins de 40 ans. - Questions soulevées : Quel nombre optimal de médecins en France ? Délégation de tâches ? Répartition équitable de l'offre de soins ?
Autres professions	- **Chirurgiens-dentistes :** effectifs stables depuis les années 1990, 90% d'exercice libéral, densité de 63/100 000 habitants - **Pharmaciens :** ¾ en officines, part importante des femmes - **Sages-femmes :** 95% de femmes ; âge moyen : 41 ans (F) et 36 ans (H) - **Infirmiers :** densité élevée et en croissance ; 83% exercent en milieu hospitalier - **Professions paramédicales de rééducation :** masseurs-kinésithérapeutes (les plus nombreux), pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens

RÉGULATION OFFRE DE SOINS

- **Incitations financières** pour exercer en zones sous-dotées
- Différentes options pour la régulation de l'offre de soins : **augmentation *numerus clausus*, CESP, parcours de soins, délégation de tâches**

<table>
<tr><td rowspan="3">Régulation du système de soins</td><td rowspan="2">Evolution du recours aux soins</td><td>Evolutions quantitatives</td><td>- Hôpital = 50% de la dépense de soins (majorité)
- Médecine de ville = 25% de la dépense de soins
- Médicaments = 20% de la dépense de soins
Entre 2010 et 2018 : augmentation hospitalisation d'environ 10%
Taux de chirurgie en ambulatoire en 2018 : 57.6%
Mais effets de report du secteur ambulatoire vers l'hôpital : défaillance médecine de ville et PDSA avec engorgement des urgences hospitalières, prise en charge inadaptée des maladies chroniques avec épisodes hospitaliers coûteux
Recours au soin : taux élevé avant 1 an, faible entre 1 et 18 ans et augmente ensuite progressivement avec l'âge
Motifs les plus fréquents = maladie de l'appareil dig, tumeurs et maladie CV mais particularité en fonction de l'âge (maladie respi avant 15 ans, fécondité entre 15 et 44 ans…)</td></tr>
<tr><td>Evolutions qualitatives</td><td>- Inégalités sociales d'utilisation des services de santé = différence de consommation de soins entre groupes sociaux à état de santé donné
- Expliquées en partie par le niveau de protection sociale et l'offre de soins, mais aussi des facteurs individuels (rapport à la santé, méthodes alternatives)
- Difficultés d'accès aux soins, principalement des soins peu remboursés (soins dentaires et achat de lunettes principalement)
→ 16,5% des Français déclarent avoir renoncé à des soins pour raison financière
- Lutte contre le renoncement aux soins : maîtrise du reste à charge des ménages, élargissement des conditions d'accès aux soins (PUMa, AME, CSS), mesures spécifiques pour bloquer les prix de certaines prestations de santé (100% santé)
Protection universelle maladie – PUMa (remplace la CMU) :
- Couvre les frais de santé de toute personne qui travaille (salariés, indépendants) ou réside (sans emploi) en France de manière stable et régulière.
- Conditions d'ouverture des droits simplifiées, réduction des démarches administratives, continuité des droits à la prise en charge, autonomie et confidentialité aux usagers pour la prise en charge de leurs frais de santé
Aide médicale d'Etat (AME) : pour les étrangers en situation irrégulière (sans titre de séjour) résidant en France de manière stable et depuis > 3 mois sous conditions de ressources
Complémentaire santé solidaire (CSS) :
- Conditions d'accès : avoir ses frais de santé pris en charge par l'Assurance maladie, sous conditions de ressources (< à un plafond)
- Participation financière de l'assuré variable selon ressources ; Si RSA : pas de participation financière pour l'ensemble du foyer</td></tr>
<tr><td>Méthodes incitatives</td><td>Contrat d'engagement de service public (CESP)</td><td>= Loi HSPT de 2009 :
- Engagements : exercer, en libéral ou salarié, dans une zone où l'offre médicale fait défaut (définie par l'ARS), pour une durée au moins égale à celle durant laquelle ils ont perçus l'allocation (sans être inférieure à 2 ans), choix du lieu d'exercice sur une liste nationale établie selon besoins médicaux des régions, respect des tarifs conventionnés secteur 1
- Rémunération mensuelle brute de 1200 € des étudiants en médecine à partir de la 2^{e} année et durant l'externat et l'internat
- Accompagnement individualisé par l'ARS durant la formation, soutien lors de l'installation</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td><td rowspan="2">Dispositions de la convention médicale</td><td colspan="2">- Définit les relations entre médecins et Assurance maladie
- Tous bénéficiaires de l'AM sont remboursés partiellement des frais de consultation, fonction du type de médecin consulté (généraliste, spécialiste) et du type de conventionnement (dépassements honoraires possibles en secteur 2)
- Convention 2011 : modernisation des cabinets (informatisation), ROSP, prévention et accès aux soins pour tous (dispositifs spécifiques pour les médecins souhaitant exercer en zone sous dotée, option « démographie »
- Convention 2016 : mesures incitatives financières et revalorisation de certains actes ; création de consultations « complexes » (contraception, IST, suivi nourrisson, obésité…) et « très complexes » (IRC terminale et dossier pré-greffe, prise en charge du VIH, repérage signe de tb du spectre autistique entre 0 et 6 ans…)</td></tr>
<tr><td>ROSP</td><td>= rémunération sur objectifs de santé publique
- Objectif : faire évoluer les pratiques en matière de prévention
- Suivi d'indicateurs (au total 29, dont suivi des diabétiques, dépistage CCR, prévention CV et des conduites addictives, etc.)
- Médecins généralistes et spécialistes (cardiologues, HGE, endocrinologues, médecins prenant en charge enfants de < 16ans)
- Rémunération par système de points. Chaque indicateur assorti d'un nombre de points en fonction de l'atteinte de l'objectif. Chaque point vaut 7 €. Rémunération versée annuellement selon la patientèle effective du médecin (max 6500€).</td></tr>
<tr><td>Parcours de soins coordonné</td><td colspan="2">Médecin traitant (depuis 2004) :
- Généraliste ou spécialiste, libéral ou hospitalier ou salarié centre de santé
- Déclaré à la CPAM (avec son accord) par tout assuré de > 16ans ; pour < 16ans : déclaration par au moins un des parents (mais pas de réduction du remboursement si non déclaration du MT ou non-respect du parcours de soins)
- Changement possible et libre à tout moment
- Non obligatoire
- <u>Missions</u> :
. Assurer un 1er niveau de recours aux soins et coordonner le suivi médical
. Orienter dans le parcours de soins coordonnés, vers le professionnel le plus apte à traiter sa situation spécifique, sauf pour : consultations de suivi, médecins d'urgence (SAMU, SOS médecins), consultation en urgence auprès d'un autre médecin, consultation en dehors du lieu de résidence du patient, pour certaines spécialités (gynécologues, stomatologues, ophtalmologues, psychiatres et neuropsychiatres) ou indications
. Gérer le dossier médical
. Etablir un protocole de soins pour une affection longue durée
. Assurer une prévention personnalisée
. Majoration du reste à charge (30% de remboursement contre 70%) : pas de MT déclaré, non-respect du parcours de soins</td></tr>
<tr><td>Parcours de soins</td><td colspan="4">= Trajectoire de soin = chemin emprunté par un patient dans un système de soins, pour aboutir au diagnostic et une prise en charge thérapeutique adapté ; But = amélioration de la prise en charge
- Action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social ; outils et parcours-types publiés par la HAS (BPCO, maladie de Parkinson, maladie rénale chronique, insuffisance cardiaque, cancer broncho-pulmonaire, mésothéliome pleural, lymphome de Hodgkin, diabète de type 2, fibrillation atriale, maladie coronarienne, asthme)
- Intègre différents déterminants : hygiène, mode de vie, éducation, milieu professionnel, environnement
- Médecin généraliste : rôle de filtre, orientant le patient vers les différentes filières
- Définit et évalue : les niveaux de prise en charge, la quantité et la qualité de soins de chaque niveau et le coût et le temps consacrés à chaque niveau</td></tr>
<tr><td>Délégation tâches</td><td colspan="4">- Dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques et de la problématique de la démographie médicale
- Coopération entre professionnels : protocoles de coopération (ASALEE, FCU par IDE en centres de santé, bilan visuel par orthoptiste avec analyse en télémédecine, interprétation glycémie capillaire et adaptation doses insuline par IDE, etc.)
- Coopération Ville-Hôpital
- Décloisonnement entre professions : transfert/délégation de tâches (limitée par les compétences règlementaires du médecin - prescription, gestes médicaux)</td></tr>
</table>

ORGANISATION DES SOINS EN EUROPE

Trois modèles de systèmes de santé :
- **Modèle beveridgien :** service nationale de santé, universel, financé par l'impôt, accès gratuit des résidents à une offre de soins publique
- **Modèle bismarkien :** assurances sociales, financement par cotisations assises sur les salaires, gestion par des caisses administrées par des partenaires sociaux
- **Modèle libéral** (USA) : protection contre maladie facultative, contrats privés

Convergence dans les modalités de financement et orientation communes dans l'évolution des systèmes de santé en Europe :
- **Mixité** du financement : fiscalisation + contributions sociales
- Recentrage des systèmes de soins sur les soins primaires
- Prise en charge organisée des maladies chroniques

Carte européenne d'Assurance maladie : se faire soigner dans un autre pays de l'UE (+ Norvège, Islande, Lichtenstein, Suisse)

SYSTEME ANGLAIS

= **Système beveridgien** (créé en 1942 par Beveridge, un économiste) : repose sur les **citoyens**, met le médecin généraliste aux commandes de l'offre de soins ; prévention comme priorité (approche populationnelle)
- **Médecins** : **salariés du NHS** (*National Health Service*), payés à la **capitation** (nombre de malades pris en charge)
- **Système en filière**, avec médecin généraliste « *gate keeper* », filtrant l'accès aux spécialistes hospitaliers ; problèmes de listes d'attente importantes

Principes

- **Solidarité nationale**
- **Universalité** : pour toutes les situations professionnelles, toute la population et tous les risques
- **Unicité** : géré par l'Etat, via le NHS
- **Uniformité** : des coûts (cotisations forfaitaires, égales) et des prestations
- **Financé par l'impôt**, engage les finances publiques

Historique

- Période Thatcher : a délégué la gestion de fonds aux médecins généralistes. Objectifs de santé publique pour les médecins ce qui a conduit à une délégation de tâches à des infirmières engagées par les médecins
- Période Blair : Mise en place de *Primary Care Groups* (équipes de soins pluridisciplinaires de grande taille) avec pouvoir de prescription encadrée pour les infirmières
- Le parti Conservateur : politique de réduction des dépenses publiques pour enrayer la montée des déficits, mais augmentation budget NHS (vieillissement population, nouvelles technologies et médicaments) ; évolution du NHS de fournisseur de prestations à fournisseur d'assurance santé
- Années 2020 : systèmes de soins intégrés avec trois niveaux de service (proximités, zones, systèmes) ; objectif de réduction des soins hospitaliers avec développement de nouvelles organisations (« *new care models* ») et suivi par des indicateurs
- consultations spé, laboratoires de biologie, actes radiologiques sont exclusivement accessibles à l'hôpital.

SYSTEME ALLEMAND

= **Système bismarckien** (créé en 1881 par Bismarck) : repose sur les **salariés**

Principes

- **Solidarité professionnelle**
- **Système d'assurance sociale obligatoire**
- **Cotisations et prestations variables** et proportionnelles aux revenus et aux risques
- **Système décentralisé**, géré par des **caisses pluralistes autonomes** sous le **contrôle de l'Etat,** selon un **principe d'autogestion**
- **Système de répartition**, financé par les cotisations des employeurs et des salariés
- **Mutualisation des risques**
- **Plusieurs régimes** selon la catégorie professionnelle
- N'engage pas les finances publiques
- Bénéficiaires : **salariés cotisants** et leurs **ayants droit** (famille)
- **Protection minimum obligatoire**

Historique

Caisses d'Assurance maladie :
- Gestion paritaire, représentants des employeurs et salariés
- Obligation d'équilibre des comptes
- **Assurance maladie (publique ou privée) obligatoire**, choix irréversible ; régimes spéciaux (armée)
- AM publique : couvre famille, enfants et conjoints (pas de cotisations)
- Si revenus > seuil : AM privée (10% population, fonctionnaires et indépendants), mais famille non couverte
- Caisses **financées par cotisations**

Différences avec système français :
- Assurés par caisse publique : **pas d'avance de frais** de santé, facturation des prestations directement à la caisse
- Fonctionnement sur le principe d'**autogestion :** conditions de fonctionnement établies par l'Etat fédéral ; déficits interdits pour les caisses d'Assurance maladie (augmentation des cotisations, solidarité entre caisses) ; ententes entre caisses et professions de santé sur les prestations à offrir et rémunération des professionnels
- Association régionales de médecins engagées dans la disponibilité des soins : dispo 24/24 avec obligation d'obtention de RDV dans la semaine (2 semaines pour psychiatrie)
- Offre de soin hospitalière pilotée par les Länder (réduction des lits, augmentation du privé lucratif)

TRAITEMENT INFORMATION EN SANTÉ

- Information en santé synthétisée par différents systèmes réunis dans le **Système national des données de santé (SNDS).**
- Visée **épidémiologique** (CépiDC), **gestionnaire** (PMSI, SNIIRAM), et objectifs d'**économie de la santé** (PMSI, SNIIRAM).

SNIIRAM	**= Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie** - Entrepôt de **données anonymes des remboursements** de l'Assurance maladie, comportant des données des assurés et des professionnels de santé - Objectifs : connaître les dépenses ; définir, mettre en œuvre et évaluer les politiques de santé ; améliorer la qualité des soins ; transmettre données d'activité aux professionnels - Restitution des données sous trois formes : **datamarts** (bases de données thématiques pour analyse des dépenses, de l'offre de soins, etc.), échantillon général des bénéficiaires (**EGB**) au 1/97ème de la population pour les études de parcours de soins, et une base de données individuelles exhaustive des bénéficiaires (**DCIR**) pour les études sur la consommation de soins
PMSI	**= Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information** - Description **synthétique et standardisée** de l'activité médicale des établissements de santé à des fins d'allocation budgétaire (**tarification à l'activité ou T2A**) - Enregistrement de **données médico-administratives normalisées** utilisant des nomenclatures spécifiques : CCAM pour les actes médicaux, CIM-10 pour les maladies - Informations recueillies au niveau des établissements puis centralisées au niveau national - PMSI MCO, SSR, HAD et PSY
CépiDC	- Données médicales de décès répondant à des critères internationaux (OMS) et présentes en partie inférieure – médicale – du certificat de décès - Données des certificats médicaux de décès utilisées pour : . Diffusion régulière de **statistiques** de décès . Effectuer des recherches et analyses statistiques sur les causes de décès . Participer au système de **surveillance et d'alerte sanitaire**
Handicap	- Informations relevant de la **Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie** (CNSA) - Base de données récentes : données des demandes formulées auprès des MDPH + leurs instructions - Appariement au SNDS : liens entre **accompagnements proposés et parcours** des bénéficiaires